Modèle d'organisation de soins et de services en santé physique dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés des Laurentides

DOCUMENT DE CONSULTATION

Direction régionale des programmes

SYNTHÈSE

Préparée par le Service des communications

NOVEMBRE 1996

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

1. LES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION DES LAURENTIDES
   - 1.1 Un territoire vaste et diversifié 5
   - 1.2 La population des Laurentides 6
   - 1.3 Les besoins de santé de la population 7
   - 1.4 La rétention de la population sur le territoire 8
   - 1.5 Les ressources 9

2. LA VISION
   - 2.1 La convergence des courants de pensée 13
   - 2.2 La hiérarchisation des soins et des services 14
   - 2.3 L'hôpital de demain 15
   - 2.4 Les principes directeurs 16

3. L'ORGANISATION MÉDICALE EN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS
   - 3.1 L'organisation médicale par bassin de concertation 23
   - 3.2 Les scénarios structurels 23
   - 3.3 Les grands enjeux 24
   - 3.4 Le contexte budgétaire 30

CONCLUSION 31

INTRODUCTION

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux est devenue une nécessité compte tenu de la convergence de trois constats majeurs :

1. L'évolution et la modification des besoins de santé de la population;

2. L'apport des nouvelles technologies médicales et des nouvelles façons de faire;

3. L'effort collectif requis pour éradiquer le déficit de la province.

Le défi que soulève cette transformation est donc d'intégrer ces trois axes majeurs tout en préservant un équilibre entre eux.

Pour actualiser la transformation dans la région des Laurentides, d'importants travaux ont été réalisés depuis 1995 :

- La réduction du nombre global de lits de soins de courte durée de 821 à 687, soit une diminution de 134 lits excluant la psychiatrie et la réadaptation fonctionnelle intensive;

- Le développement de 300 lits en CHSLD;

- L'augmentation de l'accessibilité à des lits en réadaptation fonctionnelle intensive;

- Le dégagement d'une marge de manoeuvre pour la transformation du réseau.

Ce document synthèse présente les éléments essentiels pour réaliser la reconfiguration des soins et des services en santé physique dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés dans la région des Laurentides.

106-01787/

1. LES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION DES LAURENTIDES

1.1 UN TERRITOIRE VASTE ET DIVERSIFIÉ

La région des Laurentides se présente comme un vaste territoire affichant une grande diversité sociale et économique.

Sa superficie totale est de 21 521 km^2 dont 11 287 km^2 sont habités. Sa population totale représente environ 6 % de la population québécoise.

Elle est subdivisée en cinq bassins de concertation tels que définis dans le *Plan stratégique de transformation du système de santé et des services sociaux 1995-1998 de la région des Laurentides.* Ainsi, l'organisation des services est ajustée aux zones d'appartenance naturelles des populations résidantes permettant d'utiliser, de façon optimale, les infrastructures de services et de soins de première ligne et surtout de deuxième ligne.

Les cinq bassins de concertation sont :

Bassin	Territoire	Caractéristiques
Sud 825 km^2 pop. : 237 807 (50 %)	◊ CLSC Jean-Olivier Chénier + 55% de la population de Mirabel ◊ CLSC Thérèse-de-Blainville	◊ Proximité Montréal ◊ Développement commercial, industriel ◊ Type urbain ◊ Accroissement important de la population ◊ 7% de la superficie totale habitée des Laurentides ◊ 50% de la population de la région des Laurentides
Argenteuil 1 260 km^2 pop. : 28 010 (6 %)	◊ CLSC d'Argenteuil	
Rivière-du-Nord 650 km^2 pop. : 86 615 (22 %)	◊ CLSC Arthur-Buies + 45% de la population de Mirabel	◊ Milieu hétérogène, mi-rural et mi-urbain ◊ Développé au niveau récréotouristique
Laurentides 3 169 km^2 pop. 62 074 (14 %)	◊ CLSC des Pays-d'en-Haut ◊ CLSC des Trois-Vallées	
Antoine-Labelle 5 804 km^2 pop. : 33 433 (7 %)	◊ CLSC des Hautes-Laurentides	◊ Type rural ◊ 50% de la superficie habitée ◊ Densité populationnelle la plus faible

1.2 LA POPULATION DES LAURENTIDES

1.2.1 Une population jeune et en croissance

Tout comme les autres régions qui forment la ceinture de l'Île de Montréal, la région des Laurentides connaît une croissance démographique importante et ce phénomène se poursuivra jusqu'en 2001.

Avec sa population de 448 000 personnes, on estime qu'elle sera à plus de 497 000 personnes en l'an 2001. La croissance démographique de 1996 à 2001 représente 11 % d'augmentation alors que celle de la province de Québec devrait atteindre 3 % pour la même période.

Plus jeune que celle de l'ensemble du Québec, la majorité de la population des Laurentides vit au sud de la région. Avec le phénomène de l'étalement de la population de Montréal, les bassins sud et de la Rivière-du-Nord connaîtront un essor considérable au cours des cinq prochaines années. En 2001, on y dénombrera alors plus de 78 % des jeunes âgés de 14 ans et moins de l'ensemble du territoire.

1.2.2 Des aînés, plus nombreux mais en meilleure santé

Bien qu'occupant proportionnellement une partie plus importante de la population des bassins d'Argenteuil, des Laurentides et d'Antoine-Labelle, les personnes âgées de plus de 75 ans se retrouvent, en grande majorité, dans la partie sud de la région (bassins Sud et de la Rivière-du-nord). Elles représenteront, en 2001, plus de 57 % des personnes âgées de plus de 75 ans de la région des Laurentides.

Malgré l'importance de la clientèle âgée (20 472 individus en 2001), elle ne représente que 4,1 % de la population et son accroissement demeure inférieur à la moyenne du Québec.

L'amélioration des conditions de vie dans les pays occidentaux associée aux progrès de la médecine font en sorte que l'on devra davantage tenir compte de la strate des personnes âgées de plus de 75 ans afin de mieux en apprécier les conséquences sur la demande de services.

Cependant, si l'on se réfère aux dépenses de santé effectuées par les pays occidentaux ayant déjà atteints ou dépassés le pourcentage de personnes âgées que connaîtra le Québec en 2001, il faut souligner que les personnes de 75 ans et plus ne génèrent pas nécessairement des coûts alarmants pour le réseau de la santé et des services sociaux.

1.2.3 La clientèle hors-région

Dans les Laurentides, il existe un phénomène migratoire saisonnier et frontalier. Il se caractérise, entre autres, par une activité touristique importante. Cet attrait, pendant les saisons hivernales et estivales, amène certains territoires à répondre à une augmentation parfois importante de la clientèle. En effet, le tourisme peut représenter le double, voire le triple de la population résidante lors de certaines hausses dans l'année, soit de juin à septembre et de décembre à mars.

De plus, le découpage administratif des régions ne correspond pas toujours parfaitement aux habitudes de consommation de certaines clientèles surtout en provenance de Lanaudière et de Laval-Ouest. Cette clientèle hors-région représente dans certains bassins une consommation importante de services. En 1994-1995, elle correspondait à près de 11 % de la production des services hospitaliers du territoire (jours-présence).

La région des Laurentides, dans sa partie ouest, jouxte l'Ontario. Cette particularité du bassin d'Argenteuil nous amène à étudier spécifiquement la consommation de services hors-Québec par des résidants des Laurentides. Afin de mieux adapter les services aux besoins de la population de ce territoire, la planification doit tenir compte de cette particularité et favoriser le rapatriement de cette clientèle. Des travaux sont actuellement en cours afin d'élaborer un plan d'action relié à cette problématique.

1.3 LES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION

Dans l'ensemble, l'état de santé de la population de la région des Laurentides se situe dans la moyenne québécoise; par ailleurs, l'ouest et le nord du territoire sont nettement plus désavantagés que le reste de la région et ce, tant sur le plan de la santé, du bien-être que sur celui des conditions économiques. De même, les vieux centres-villes du sud regroupent des populations socioéconomiquement défavorisées.

Une étude de la Direction de la santé publique démontrait que les populations les plus vulnérables au plan socioéconomique manifestaient davantage de problèmes de santé. Une étude parallèle faisait l'association entre cette défavorisation par sous-région et le déficit au plan de la santé et du bien-être.

Globalement, les bassins d'Antoine-Labelle, des Laurentides et d'Argenteuil représentent des territoires défavorisés au chapitre des conditions socioéconomiques, tandis que les territoires situés plus au sud sont plus favorisés, à l'exception du bassin de la Rivière-du-Nord dans lequel on retrouve une population hérérogène, compte tenu principalement du contexte très défavorable relevé à Saint-Jérôme.

1.3.1 Indice de besoins de servic es en santé physique interrégional

L'indice de besoins de services en santé physique intègre les facteurs de l'âge, de la répartition des sexes et d'un indice de santé. Il compare ainsi la région des Laurentides aux autres régions et nous renseigne sur les besoins de santé régionaux par rapport à l'ensemble de la population québécoise.

L'indice de besoins de services en santé physique pour les Laurentides se situe, en 1996, à 94,5 par rapport à 100 pour le Québec et il demeurera stable au cours des cinq prochaines années

1.3.2 Besoins et consommation de services

Tout en considérant que l'indice de besoins situe la région des Laurentides légèrement au-dessous de la moyenne du Québec, on constate que la population des Laurentides consomme moins que la consommation attendue, dans une proportion de 91,6 par rapport à 100 pour le Québec.

Deux hypothèses sont possibles soit que l'indice de besoins surestime les besoins réels des personnes résidantes des Laurentides, soit que l'absence de services sur le territoire ou l'obligation de parcourir une certaine distance pour obtenir des services influence la consommation à la baisse.

Cette dernière hypothèse nous apparaît plus vraisemblable.

1.3.3 Indice de besoins intrarégional

L'indice de besoins en santé physique intrarégional, proposé par bassin de concertation, combine la proportion que représentent les personnes âgées de plus de 65 ans de la population résidante de son territoire au taux de mortalité chez les moins de 65 ans de ce même territoire.

Les bassins d'Argenteuil, des Laurentides et d'Antoine-Labelle ont des indices de besoins en santé physique plus élevés et représentent également trois territoires défavorisés quant aux conditions socioéconomiques.

1.4 LA RÉTENTION DE LA POPULATION SUR LE TERRITOIRE

Même si la planification et la coordination de l'organisation des services sont conçues sur une base régionale ou sous-régionale, il faut garantir au client le libre choix du lieu, du centre de services et du professionnel susceptibles de répondre à ses besoins dans la région ou dans une autre région, notamment, celle de Montréal, en autant que l'organisation des services et les budgets le permettent.

1.4.1 Clientèle hospitalisée

Le taux de rétention de la clientèle hospitalisée se définit par la capacité à desservir des soins de santé en courte durée à la clientèle qui réside de façon permanente sur le territoire des Laurentides.

Le taux de rétention pour l'année 1994-1995 a été de 60,8 %.

La région des Laurentides, en périphérie de Montréal, ne peut prétendre viser un taux de rétention à 100 %. La proximité d'attraction des grands centres et la non-justification de dédoubler les services ultraspécialisés à proximité de ceux-ci sont deux grands facteurs qui influencent cette rétention.

Ainsi, en jumelant ces considérations, de façon réaliste, l'objectif de rétention, tous les niveaux confondus, vise 65 % en 2001, pour la clientèle des Laurentides

1.4.2 Clientèle ambulatoire

Le taux de rétention pour la consommation de services médicaux en cabinets a été calculé avec la consommation pour la clientèle qui a reçu ces services dans la région par rapport à la consommation totale de notre population dans la région et hors-région.

La consommation de services médicaux dans les cabinets privés, en 1994-1995, représente 90 % de rétention pour les omnipraticiens et 45 % de rétention pour les spécialistes, sans tenir compte des services ambulatoires données à l'intérieur des établissements.

1.5 LES RESSOURCES

La région dispose de **cinq centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés** Ils offrent des services externes et ils ont une capacité d'hospitalisations actuelle de 687 lits de courte durée. À ces services, s'ajoutent ceux de **sept CLSC, 39 cliniques médicales d'omnipraticiens et sept cliniques médicales de médecins spécialistes.**

Au-delà de ces ressources visant à répondre aux besoins de santé physique de courte durée, la région disposait, en septembre 1996, de :

- 1630 places en soins prolongés (CHSLD);
- 112 places en CHSLD privés non conventionnés;
- 112 lits de psychiatrie de courte durée;
- 64 lits de psychiatrie de longue durée;
- 20 lits assignés aux besoins complexes (ex. : double problématique comme déficience intellectuelle et problèmes de santé mentale);
- 37 lits voués à la réadaptation intensive et fonctionelle.

Selon le plan d'effectifs médicaux 1993-1996, nous avons atteint 178 % de l'objectif en omnipratique et 27 % en spécialités.

	Plan d'effectifs 1993-1996 Ajouts autorisés (en nombre)	**Atteinte après 30 mois 1er trimestre 1993 au 3e trimestre 1995**
Omnipraticiens	32	57 (178 %)
Spécialistes	48	13 (27 %)

Le modèle d'organisation des services devrait se traduire par une répartition plus équilibrée des effectifs médicaux dans les établissements et en cabinets et devrait permettre d'atteindre les objectifs de croissance visés en spécialités

Le budget alloué aux services de santé physique représente 42 % du budget global de la région, soit 133 843 000 $ en 1996 sans compter les dépenses de la RAMQ qui sont de l'ordre de 127 988 706 $.

2. LA VISION

2.1 LA CONVERGENCE DES COURANTS DE PENSÉE

Voici une rétrospective historique de l'évolution des courants de pensée :

Année	Source	Orientations
1970	OMS «La santé pour tous en l'an 2000»	◊ Soins de santé primaires organisés localement
1975	Ministre Marc Lalonde «Nouvelles perspectives de la santé des canadiens»	◊ Freiner les coûts des soins de santé ◊ Diminution de la construction d'hôpitaux ◊ Développer les autres organisations de soins
1984	Conseil des affaires sociales et de la famille	◊ Intensifier les objectifs d'amélioration et de promotion de la santé
1986	Charte d'Ottawa	◊ Réduire les inégalités et favoriser l'autonomie ◊ Améliorer la distribution des soins et des services communautaires
	Ministre Jake Epp *«La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé»*	◊ Réduire les inégalités ◊ Accroître la prévention ◊ Favoriser l'autonomie ◊ Changer nos façons de produire les services ◊ Développer les initiatives personnelles et sectorielles, l'entraide et le partenariat.
	Commission Rochon	◊ Se détacher des réflexes institutionnels et développer une approche par programme ◊ Adapter les structures aux besoins ◊ Mettre l'accent sur le continuum de services ◊ Favoriser le système intégré des services ◊ Adapter les services et la distribution des soins aux réalités locales et régionales
1989	Ministre Thérèse Lavoie-Roux *«Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec»*	◊ Organisation des soins intégrés de santé ◊ Continuité des soins et services ◊ Accessibilité à des services spécialisés de base en région ◊ Accessibilité aux services ultraspécialisés par ententes interrégionales
1992	Politique de la santé et du	◊ Notion de programme/clientèle en

	bien-être	réseau intégré ◊ Objectif santé ◊ Promotion / prévention
1994	Ministre Marc-Yvan Côté (défi qualité-performance)	◊ Vivre selon ses moyens ◊ Efficience
Année	**Source**	**Orientations**
1995	Plan d'action pour l'amélioration de la santé et du bien-être dans les Laurentides	◊ Agir en amont ◊ Agir sur les déterminants de la santé ◊ Équité ◊ Réduction des inégalités
1995	Plan stratégique de transformation du système de santé et des services sociaux dans les Laurentides	◊ Adapter les services aux nouvelles réalités démographiques, aux besoins, aux technologies et pratiques professionnelles en tenant compte des capacités de payer

2.2 LA HIÉRARCHISATION DES SOINS ET DES SERVICES

En juin 1995, le Conseil médical du Québec, dans un document intitulé *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter: la hiérarchisation des services médicaux*, formulait un avis au ministre de la Santé, monsieur Jean Rochon, quant à la pertinence de hiérarchiser les services médicaux et proposait trois niveaux :

a) Les services de première ligne

Ils répondent à la majorité des problèmes de santé et requièrent une infrastructure légère. Ils sont assurés par des médecins généralistes polyvalents et sont disponibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine en cabinets privés, en CLSC, à domicile, en centres de santé et en centres hospitaliers.

b) Les services de deuxième ligne

Ils répondant à des problèmes complexes de santé et requièrent une infrastructure lourde et des équipements spéciaux mais répandus. Ils sont assurés par des omnipraticiens et des médecins spécialistes et nécessitent souvent un apport multiprofessionnel. Ils sont accessibles sur référence des médecins de première ligne et disponibles dans tous les bassins quand l'état de santé de la population l'exige et que la densité de celle-ci le permet.

c) Les services de troisième ligne

Les services de niveau ultraspécialisé requièrent des plateaux techniques très sophistiqués. Ils sont assurés par des équipes de médecins spécialisés et surspécialisés, en étroite collaboration avec d'autres catégories de professionnels ou techniciens et exigent du personnel hautement qualifié. Ils sont accessibles sur référence médicale et ne sont disponibles qu'à un niveau régional, suprarégional ou national.

2.2.1 Responsabilités régionales

Dans le cadre des travaux du comité MSSS-régies régionales sur les nouvelles perspectives en matière d'équité interrégionale dans l'allocation des ressources, les régions seront responsables d'assurer l'accessibilité des services à leur population, à l'intérieur de leur enveloppe budgétaire.

Ces orientations déterminent que les régions seront responsables des services au niveau local ou régional. Elles excluent les services surspécialisés ou à caractère national.

Les services de niveau national sont ceux dont la responsabilité doit être centralisée pour offrir des services de qualité avec un degré optimal d'efficience en raison de la rareté de la clientèle, de la nature ou de l'organisation des services, ou encore, en raison des ressources nécessaires pour offrir ces services. Ils ne sont généralement disponibles que dans quelques régions et, plus particulièrement, dans les établissements universitaires. Ils sont accessibles à l'ensemble de la population du Québec quelle que soit la région de provenance.

Il est certain que dans le processus de dispensation des services nationaux, certaines phases peuvent relever du niveau local, régional ou interrégional. Afin d'assurer une continuité des différentes phases de soins et de services et une accessibilité optimale, **un réseau intégré de services doit être mis en place :**

- Pour chacun des bassins de concertation, intégrer un réseau de services en première ligne et en deuxième ligne de base;
- Un accès à des services spécialisés de deuxième ligne dans la région;
- Une accessibilité à des services de troisième ligne pour la population des Laurentides, soit dans la région pour les services actuellement accessibles ou suprarégional pour les services nationaux.

2.3 L'HÔPITAL DE DEMAIN

L'utilisation des hôpitaux de soins actifs, en vue de rendre des services qui pourraient être dispensés dans un milieu offrant une gamme de ressources moins sophistiquées, n'est pas efficace par rapport aux coûts. C'est ce qu'on désigne comme étant une utilisation inappropriée des hôpitaux.

Pour atteindre à la fois l'objectif financier d'une compression des coûts et l'objectif clinique du maintien ou de l'amélioration de la qualité des soins médicaux, il est essentiel de réduire le volume de services non justifiés et de dispenser les soins dans des milieux plus appropriés.

L'hôpital de demain doit favoriser :

- une approche-client;
- l'autonomie des professionnels et l'autonomie des malades.
- une prise en charge globale multidisciplinaire à l'interne et une collaboration avec le réseau externe à l'hôpital;
- une ouverture sur le réseau en devenant un élément du système et non pas le principal élément;
- l'utilisation de l'hôpital pour son plateau technique hospitalier et l'expertise spécialisée.
- des organisations régionalisées, de structures de directions différentes, de modèles intégrés.

2.3.1 Les nouvelles normes en courte durée physique

La vitesse du développement des technologies, des moyens diagnostiques et thérapeutiques, l'évolution des façons de faire qui en découlent et l'expérience d'autres provinces et pays occidentaux nous amènent, également, à revoir nos façons d'utiliser et de planifier l'utilisation moyenne du nombre de lits qui évoluera au fil de la modification des technologies et des pratiques professionnelles.

Nous pouvons estimer notre besoin en nombre de lits à 1.89 par 1 000 habitants, soit 576 lits pour la clientèle des Laurentides. À cela, il faut ajouter les besoins de la clientèle hors-région (66 lits) pour un total de 642 lits. De 1998 à 2001, avec l'accélération prévisible des modifications des façons de faire et l'accroissement des services externes et alternatifs à l'hospitalisation, il faut anticiper la diminution de la demande d'hospitalisations, donc de lits nécessaires. Peu d'éléments nous permettent d'établir des comparaisons et de prévoir les besoins en 2001. Nous pouvons seulement nous appuyer sur les tendances et revoir les objectifs de 2001 selon la vitesse de la transformation.

2.4 LES PRINCIPES DIRECTEURS

À la lumière de toutes ces informations, les principes sur lesquels repose le modèle d'organisation des services de courte durée en santé physique s'articulent autour de quatre niveaux de préoccupations fondamentales :

- la population;
- les producteurs de services, les ressources humaines;
- l'organisation des services;
- le financement régional.

C'est par le biais de ces quatre niveaux de préoccupations fondamentales que nous désirons amener nos partenaires à se prononcer sur des orientations et des principes que nous considérons essentiels à la poursuite de la transformation.

Le modèle d'organisation devra pour :

La population :

- garantir le libre choix du lieu et du professionnel;
- répondre aux besoins prioritaires selon les territoires;
- corriger les iniquités;
- respecter les intérêts de la clientèle avant ceux des organisations;
- rapprocher les services vers la clientèle;

Les ressources humaines :

- favoriser la promotion et l'implantation des nouvelles pratiques et recourir à de nouvelles technologies;
- favoriser le recrutement et la stabilisation des effectifs médicaux et des professionnels;
- accroître l'autonomie, la responsabilité et l'imputabilité.

L'organisation :

- offrir un accès local, par bassin, aux services de première ligne et de médecine;
- favoriser une approche globale, une continuité et une qualité de soins;
- développer le maillage et la complémentarité des services et des institutions;
- susciter un partenariat sans égard aux structures;
- éviter les dédoublements de services et la compétitivité stérile;
- favoriser l'équité entre les sous-régions;
- consolider l'autonomie régionale et sous-régionale des services de base et spécialisés;
- exploiter au maximum les opportunités financières qui découlent du développement des services ambulatoires;
- concourir à augmenter la rétention de la population consommatrice;
- respecter les particularités des bassins.

Le financement régional :

- maximiser l'accès aux soins et aux services de santé dans les CHSGS tout en optimisant les impacts financiers.

2.4.1 Une approche le plus près possible des clients

Les enjeux proposés dans le modèle d'organisation de services résident dans le fait de rendre accessibles à la population des Laurentides les services le plus près possible de leur milieu de vie.

Ce principe directeur donne un sens aux plans d'organisation et de distribution des services que nous proposons, tant en santé physique, en santé mentale, en jeunesse ou pour les personnes adultes en perte d'autonomie. Le niveau local verra l'émergence de réseaux intégrés de soins et de services.

En ce qui a trait à l'organisation médicale, le niveau régional spécialisé sera tantôt disponible localement pour certaines catégories de services et sera maintenu centralisé régionalement pour d'autres conditions d'accessibilité comme les services qui nécessitent un plateau technique, une masse critique, un nombre suffisant de médecins spécialisés afin d'assurer la survie et la continuité du service spécialisé.

2.4.2 L'organisation des réseaux intégrés de soins et de services par bassin de concertation

Les efforts seront mis sur les cibles prioritaires suivantes :

- Réseau intégré de services médicaux généraux de première ligne;
- Réseau intégré de services pour les personnes adultes en perte d'autonomie;
- Réseau intégré de services en santé mentale, adaptation sociale et toxicomanie adulte;
- Réseau intégré de services en santé mentale, adaptation sociale et toxicomanie jeunes.

2.4.3 Les services spécialisés régionaux et la hiérarchisation des soins

Le modèle proposé préconise des services médicaux généraux de première ligne et des services de deuxième ligne, de façon locale ou régionale, selon les ressources disponibles et le plateau technique nécessaire ainsi que des services de troisième ligne, de façon régionale, dans le secteur que nous avons développé dans la région.

Dans le contexte actuel et en l'absence d'une plus grande démocratisation des technologies et des disponibilités des spécialistes, nous ne développerons pas, à court et moyen terme, des services ultraspécialisés ou nationaux dans la région. Il faudra néanmoins s'assurer que la population recevra ces services dans les meilleures conditions possibles en favorisant des ententes avec les centres spécialisés hors-région.

2.4.4 - Une appartenance médicale régionale

Cette démarche d'organisation est évolutive et elle devra favoriser l'émergence du sentiment d'appartenance à notre région pour les intervenants professionnels des différents milieux.

Stabiliser les effectifs médicaux, tant en omnipratique qu'en spécialités, favorisera progressivement le maintien de l'accessibilité des soins et des services distribués, le près possible des citoyens.

Toute la démarche proposée pourrait engendrer une équipe médicale régionale solide, axée sur les besoins et les ressources à développer ou à consolider dans la région. Maximiser la performance des organisations permettra d'assurer également la viabilité des équipes médicales.

Afin de favoriser l'implantation de cette équipe médicale régionale, l'avenue d'un CMDP (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) régional serait souhaitable.

3. L'ORGANISATION MÉDICALE EN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

3.1 L'ORGANISATION MÉDICALE PAR BASSIN DE CONCERTATION

L'organisation médicale des cinq bassins de concertation et les services désignés comme locaux et régionaux s'appuient sur le portrait des besoins de la population des Laurentides, les divers principes généraux et spécifiques véhiculés par le plan de transformation et le concept des services basés, entre autres, sur l'évolution des technologies et des façons de faire.

Il s'agit donc d'identifier, pour chaque bassin de concertation, les services qui doivent être disponibles dans le bassin et tenter de préciser les modalités d'arrimage entre ces divers services. On est donc au coeur des préoccupations très concrètes de l'offre de services aux clientèles.

Antoine-Labelle **Argenteuil** **Laurentides**	◊ Accès local à des services généraux et spécialisés de base; ◊ Accès aux spécialités médicales régionales.
Sud	◊ Services plus spécialisés; ◊ Accroître l'accessibilité à la clientèle hors-région; ◊ Approche complémentaire avec l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme.
Rivière-du-Nord	◊ mandat régional de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme; ◊ services plus spécialisés et diversifiés; ◊ organisation qui favorise l'accès dans les territoires de la région; ◊ approche complémentaire avec le CH St-Eustache

3.2 LES SCÉNARIOS STRUCTURELS

Les quatre scénarios présentés ci-après visent les services médicaux de courte durée dans les Laurentides.

Bien que cette approche soit très hospitalière, nous réitérons l'importance **d'organiser les services locaux par bassin en réseaux intégrés** Il est à noter de plus que cette approche touche d'autres secteurs que les centres hospitaliers. Chaque bassin devra étudier les trois possibilités suivantes, soit :

- la poursuite et l'intensification des alliances stratégiques opérationnalisées dans les protocoles approuvés par les instances décisionnelles requises;

- l'application de la loi 116 après consultation (fusion-regroupement CLSC, CHSLD et CHSGS de moins de 50 lits);

- sur une base volontaire, la création d'établissements de santé dans les bassins avec une faible densité de population, contexte plutôt rural, voire récréotouristique (fusion volontaire CHSGS, CLSC, CHSLD).

3.3 LES GRANDS ENJEUX

- Assurer la primauté de l'usager sur les intérêts organisationnels ou individuels;
- contribuer à accroître l'autosuffisance régionale des services locaux et régionaux spécialisés;
- augmenter la rétention de notre population et l'accès aux services en région;
- favoriser l'équité entre sous-régions quant à l'accès et à la qualité des services;
- faciliter la création de réseaux intégrés de services;
- accroître la consolidation des services régionaux spécialisés;
- accentuer l'attraction des effectifs médicaux spécialisés;
- favoriser la création d'un CMDP régional pour coordonner les activités médicales (recrutement, actes, gardes, remplacements, etc.);
- faciliter l'augmentation de l'accès aux services spécialisés locaux (consultations, suivis);
- contribuer à l'amélioration de l'efficience des services et à une utilisation optimale des ressources;
- maximiser la performance et la qualité de l'organisation.

SCÉNARIO 1

CRÉATION D'UN SEUL ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PAR BASSIN DE CONCERTATION
fusion CHSGS - CLSC CHSLD

RÉFÉRENCE HORS-TERRITOIRE POUR LES SERVICES RÉGIONAUX SPÉCIALISÉS

Orientation d'intégration des services localement

Avantages	Désavantages
◊ Favorise les réseaux intégrés partout sur le territoire et maximise les services locaux;	◊ Crée une dépendance pour les services spécialisés face aux autres régions, diminution de l'autosuffisance régionale;
◊ Favorise la continuité et la complémentarité dans chaque bassin;	◊ Recrutement et maintien des effectifs médicaux compromis;
◊ Contribue à l'amélioration de l'efficience des services et à une utilisation optimale des ressources;	◊ Perte de l'avancement et du perfectionnement de la région;
◊ Maximise la performance et la qualité de l'organisation;	◊ Effet négatif sur la rétention pour des soins spécialisés;
◊ Assure la primauté de l'usager sur les intérêts organisationnels.	◊ À l'encontre du principe de régionalisation;
	◊ Abolition de la mission d'un CH régional;
	◊ Création de méga-structures par bassin;
	◊ Diminue la consolidation des services régionaux spécialisés.

SCÉNARIO 2

3 CHSGS

Bassin centre : fusion CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme, CH d'Argenteuil et CH Laurentien créant l'hôpital régional

Bassin sud : CH St-Eustache

Bassin nord : CH-CR Antoine-Labelle

Ce scénario reconduit une tendance actuelle d'échanges et de complémentarité de services.

Avantages	Désavantages
◊ Favorise les liens actuels du «bassin centre»;	◊ Perte de l'identité locale des établissements, surtout pour les bassins d'Argenteuil et des Laurentides;
◊ Favorise le développement de l'hôpital régional;	◊ Ne favorise pas la mise en place de réseaux intégrés dans les trois bassins touchés par cette fusion;
◊ Facilite le recrutement et le maintien des effectifs médicaux;	◊ Met en péril la survie à long terme des points de services;
◊ Préserve les services actuels et améliore la complémentarité hospitalière pour le bassin centre;	◊ Reconduit la compétition entre le CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme et le CH St-Eustache.
◊ Contribue à accroître l'autosuffisance régionale des services de base locaux et des services régionaux spécialisés;	
◊ Maximise la performance et la qualité de l'organisation surtout dans le bassin centre.	

Si ce scénario est retenu, il faudra quand même favoriser l'émergence d'un système de réseaux de services intégrés dans chacun des bassins, soit par :

- des alliances stratégiques;
- la fusion ou le regroupement.

SCÉNARIO 3

1 CHSGS spécialisé avec mandat régional : Hôtel-Dieu de St-Jérôme

1 CHSGS spécialisé : CH St-Eustache

3 CHSGS locaux : CH d'Argenteuil, CH Laurentien, CH-CR Antoine-Labelle

Avantages	Désavantages
◊ Pas d'impact sur les structures organisationnelles; ◊ Implication locale de chaque centre hospitalier et facilite l'identification au niveau local; ◊ Offre l'occasion aux deux centres hospitaliers spécialisés de se donner l'autonomie de réaliser, de façon concertée, le partage de l'expertise et des alliances stratégiques.	◊ Le partage de l'expertise et des alliances stratégiques devra se faire dans un délai limité sinon on peut prévoir des impacts indésirables sur la survie du niveau spécialisé; ◊ Favorise une approche centrée plus organisationnelle que clientèle; ◊ L'augmentation de la rétention de la population est dépendante du rythme et du succès des alliances stratégiques; ◊ Peut résulter en un dédoublement des effectifs médicaux; ◊ Risque de diminuer l'équité dans l'accès en sous-régions à des services spécialisés; ◊ Risque sérieux d'atrophie des organisations à cause du contexte budgétaire.

Il faut bien comprendre que ce scénario ne se situe pas dans un contexte de statu quo. Il sous-tend obligatoirement un rapprochement et une complémentarité accrus et formels des centres spécialisés.

De plus, afin de favoriser les réseaux intégrés, la continuité et la complémentarité entre les établissements du bassin, il faudra favoriser dans chaque bassin:

- les alliances stratégiques;
- les fusions ou regroupements;
- dans certains territoires, à faible densité de population, la création d'établissement de santé

SCÉNARIO 4

CRÉATION D'UN CHSGS RÉGIONAL SPÉCIALISÉ
par la
fusion du CH St-Eustache et du CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme

MAINTIEN DES 3 CHSGS LOCAUX
(CH d'Argenteuil, CH Laurentien, CH-CR Antoine-Labelle)

Orientation qui reconnaît une mission régionale

Avantages	Désavantages
◊ Contribue à l'amélioration de l'efficience des services et à une utilisation optimale des ressources; ◊ Favorise le recrutement et le maintien des effectifs médicaux généraux et spécialisés; ◊ Respecte les enjeux de la transformation face à la régionalisation et l'autosuffisance en services spécialisés; ◊ Favorise la rétention de notre clientèle; ◊ Assure la primauté de l'usager sur les intérêts organisationnels; ◊ Évite le dédoublement et la compétition; ◊ Permet une masse critique importante dans plusieurs spécialités; ◊ Augmente la consolidation des services médicaux spécialisés; ◊ Maintien des équipes localement pour les trois CHSGS locaux; ◊ Favorise la création d'un CMDP régional.	◊ Impact important sur les modes d'organisation des services médicaux actuels dans quelques spécialités; ◊ Pour les bassins de la Rivière du Nord et du Sud, ce scénario risque d'entraver le rôle local et communautaire de cette structure devenue très spécialisés.

De plus,

Pour favoriser l'équité en sous-régions quant à l'accès aux services spécialisés, ce scénario implique que le CHSGS régional spécialisé sera responsable d'offrir les services localement;

Pour les bassins d'Antoine-Labelle, des Laurentides et d'Argenteuil, il faudra favoriser les réseaux intégrés, la continuité et la complémentarité entre les établissements de chaque bassin par:

- des alliances stratégiques;
- des fusions ou regroupements CLSC, CHSLD;
- la création d'un établissement de santé CHSGS, CHSLD, CLSC;

Pour le bassin de la Rivière-du-Nord et du sud, afin de favoriser ces réseaux intégrés, il faudra:

- des alliances stratégiques;
- des fusions ou regroupements CLSC, CHSLD.

3.4 LE CONTEXTE BUDGÉTAIRE

Le choix du modèle organisationnel idéal doit reposer sur plusieurs éléments tels que le respect des principes directeurs qui sous-tendent toute cette démarche, les modifications socio-démographiques, les besoins populationnels, l'apport des nouvelles technologies associé à l'évolution des pratiques, l'organisation des effectifs médicaux, l'observation des infrastructures déjà en place et le contexte budgétaire.

Ce contexte budgétaire demeure pour l'instant mal défini, puisque certaines informations essentielles demeurent toujours inconnues. Nonobstant cet état de situation, il est réaliste de croire qu'un tiers des compressions a été opérationnalisé à ce jour et que les deux tiers devront être accomplis d'ici l'an 2001. C'est donc dans cette perspective que seront basés les choix des scénarios qui construiront le modèle organisationnel qui sera mis en place. Toutefois, des travaux en cours sur la recherche de l'équité dans l'allocation interrégionale des ressources nous laissent entrevoir une nouvelle formule de budgétisation basée sur le per capita pondéré pour l'année 1998, ce qui assurerait à la population des Laurentides une quote-part équitable des ressources provinciales et ce, en fonction des besoins et du profil sociosanitaire. Entre autres effets, cette nouvelle orientation faciliterait les stratégies d'augmentation du taux de rétention et compenserait pour les services produits pour des clientèles de passage (touristes) ou frontalière (Laval-Ouest, Lanaudière).

La mise en place d'un mode de financement axé sur des enveloppes budgétaires régionalisées (principe d'équité avec un financement per capita) laisserait donc entrevoir, sur un horizon 2001, une marge de manoeuvre régionale de l'ordre de 7 000 000 $ sur une base annuelle contrairement à un déficit d'environ 21 000 000 $ selon le mode de budgétisation actuel.

Cette marge de manoeuvre pourrait permettre une réallocation dans la région afin de poursuivre notre plan de transformation.

La prudence est de rigueur face à cette nouvelle forme d'allocation budgétaire puisque certaines incertitudes persistent quant aux modalités qui seront utilisées et aux échéanciers envisagés.

A cause de ce contexte, il est préférable d'axer nos énergies sur les conceptions de scénarios présentés dans ce document. Ces derniers offrent des possibilités d'économies acceptables tout en respectant les orientations fondamentales préconisées. A partir de notre modèle actuel de distribution de soins dans les Laurentides, les efforts d'articulation devront préserver le maximum souhaité d'intégrité des services et des organisations, tout en respectant le contexte financier extrêmement difficile à venir.

Par ailleurs, il faut souligner que, selon nos hypothèses de travail, les scénarios présentés demeurent insuffisants pour atteindre l'équilibre budgétaire durant ces années de transition et que la capacité d'emprunt dont dispose notre région pour financer des déficits transitoires demeure limitée. Dans ce contexte, à moins d'une diminution importante du niveau de compressions, des éléments de solution additionnels devront être mis de l'avant durant cette période de transition tant que le principe d'équité ne sera pas véritablement actualisé sous forme d'enveloppes budgétaires régionales sur une base per capita.

CONCLUSION

Dans le cadre de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux dans les Laurentides, le présent document avait essentiellement pour objectif de vous présenter les résultats de la deuxième phase de la planification des services de courte durée en santé physique dans la perspective 2001.

Cette planification prolonge la première phase qui a été actualisée en 1996 par consensus sur une approche normative.

Les éléments tels les orientations, les principes et les enjeux nécessaires en vue du choix d'un modèle organisationnel à privilégier y sont également précisés.

Les quatre scénarios structurels font appel à ces fondements et devraient permettre d'asseoir les enjeux de la consultation sans se limiter à l'approche strictement des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Au terme de ces travaux de planification, à la lumière des scénarios présentés et en s'appuyant sur des éléments fondamentaux qui s'y réfèrent, chacun des partenaires concernés peut maintenant analyser son contenu dans le but de transmettre ses réflexions et les options qu'il privilégie.

C'est à la suite de cette démarche de consultation que la Régie régionale des Laurentides sera en mesure de statuer sur le choix du modèle organisationnel à retenir.

/lg
model-4 ori